

Nome cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Numero telefono \_\_\_\_\_

Numero fax \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Ufficio del Medico cantonale  
via Dogana 16  
6501 Bellinzona  
Fax 091 814 4446

**Richiesta di autorizzazione speciale per la prescrizione di terapie sostitutive con stupefacenti**

Con la presente desidero chiedere il rilascio dell'autorizzazione speciale a prescrivere terapie sostitutive con gli stupefacenti a persone tossicodipendenti.

Sono in possesso dell'autorizzazione al libero esercizio della professione medica nel Canton Ticino dal ..... e ne allego una copia.

Sono a conoscenza del "Regolamento sulle terapie sostitutive" del 5 aprile 2011, della Direttiva e della Raccomandazione emanate dal Medico cantonale.

Con questa richiesta, mi impegno formalmente a:

- 1. rispettare scrupolosamente la Direttiva e la Raccomandazione del Medico cantonale, di cui ho preso conoscenza;**
- 2. seguire il corso di aggiornamento annuale;**
- 3. fornire puntualmente e con precisione i dati necessari alla valutazione globale delle cure;**

Dichiaro di non avere a mio carico motivi di ammonimento o revoca dell'autorizzazione ai sensi dell'art. 8 e 9 del Regolamento sulle terapie sostitutive con particolare riferimento alla Legge federale sugli stupefacenti del 3 ottobre 1951.

Riconosco che la non osservanza di questi impegni porterà alla revoca dell'autorizzazione speciale.

Luogo e data:

Timbro e firma del medico:

.....

.....

***Allegato: Copia certificato di libero esercizio***